

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 169

FACULTÉ DE MÉDECINE

UN CAS

de

COMPRESSION DE LA MOELLE

par

ABCÈS INTRARACHIDIEN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Juin 1920

PAR

Antony BESSON

né à Angers (Maine-et-Loire), le 21 septembre 1891

Décoré de la Croix de Guerre (3 citations)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

ESTOR, professeur, *président*.
MASSABUAU, professeur
RIMBAUD, agrégé
ETIENNE, agrégé

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE LAVIER et CASTEL

1, Quai de Sauvages, 1

1920

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 169

FACULTÉ DE MÉDECINE

UN CAS

de

COMPRESSION DE LA MOELLE

par

ABCÈS INTRARACHIDIEN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Juin 1920

PAR

Antony BESSON

né à Angers (Maine-et-Loire), le 21 septembre 1891

Décoré de la Croix de Guerre (3 citations)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

ESTOR, professeur, *président*.
MASSABUAU, professeur
RIMBAUD, agrégé
ETIENNE, agrégé

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE LAVIER et CASTEL

1, Quai de Sauvages, 1

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

ADMINISTRATION

MM. MAIRET (*).....	DOYEN
FORGUE (*).....	ASSESEUR
IZARD.....	SECRÉTAIRE

PROFESSEURS

Clinique chirurgicale.....	WIN	TEDENAT (O. *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....		MAIRET (*)
Physique médicale.....		IMBERT (*)
Botanique et Histoire naturelle médicales.....		GRANEL
Clinique chirurgicale.....		FORGUE (O. *)
Clinique ophtalmologique.....		TRUC (O. *)
Physiologie.....		HEDON (*)
Histologie.....		VIALLETON
Pathologie interne.....		DUCAMP. (*)
Anatomie.....		GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique....		ESTOR
Médecine légale et toxicologie.....		SARDA. (*)
Clinique des maladies des enfants.....		BAUMEL. (*)
Pathologie et Thérapeutique générales.....		BOSC.
Hygiène.....		BERTIN-SANS II.
Clinique médicale.....		RAUZIER. (*)
Clinique obstétricale.....		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....		VIRES. (*)
Anatomie pathologique.....		MASSABUAU (⊗)
Chimie médicale.....		DERRIEN (⊗)
Microbiologie.....		N...
Clinique médicale.....		N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honor. : MM. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES.

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	VEDEL agr. lib. (ch. de c.).
Clinique des maladies des voies urinaires....	JEANBRAU (*) ag. l. (ch. dec.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, (*) a. l. (c. dec.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards..	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS, (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES	MM. ROGER.
GRYNFELTT, (*).	P. DELMAS.	ETIENNE
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL. (*).	J. DELMAS.	PECH (ch. d'agr.).
RICHE.	RIMBAUD.	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. VEDEL, *Professeur, Président*; DUCAMP, *Professeur*;
JEANBRAU, *prof. agrégé*; LEENHARDT, *prof. agrégé*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Faible témoignage de reconnaissance

A MA GRAND'MÈRE

A MA FIANCÉE

A MES PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Hommage respectueux

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

INTRODUCTION

Nous n'avons pas eu l'intention de faire une étude sur les paraplégies par compression médullaire car le sujet serait trop vaste pour le modeste travail que nous présentons. Nous avons seulement, au cours de l'étude étiologique du début, résumé les causes du syndrome de compression.

Nous avons voulu surtout consacrer ces quelques lignes à la relation d'un cas, que nous avons eu l'occasion de voir dans le service de M. le Professeur Estor.

Nous nous sommes donc borné à l'étude clinique de l'observation qu'il a eu l'obligeance de nous communiquer. Nous n'oublierons pas les conseils éclairés qu'il nous a donnés, ainsi que M. le Professeur Rimbaud auquel nous devons la partie médicale de cette observation. Nous remercions également M. le Professeur Etienne qui nous a guidé au cours de nos recherches bibliographiques.

Nous adressons nos bien sincères remerciements à M. le Professeur Estor pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Au moment où nous allons dire adieu à notre vie d'étudiant nous adressons, à tous ceux qui ont contribué à notre éducation, l'hommage de notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE I.

ETIOLOGIE

Si nous voulons résumer les causes de compression médullaire nous voyons, qu'on peut les diviser en deux catégories selon que l'on considère la compression brusque ou lente.

La première forme clinique correspond aux compressions d'origine traumatique, soit que le traumatisme exerce son action sur des vertèbres saines (fracture et luxation ordinaires du rachis) soit qu'il porte sur des vertèbres déjà atteintes de tuberculose osseuse (compression aiguë au cours du mal de Pott) dans ce dernier cas la compression aiguë pouvant même être spontanée.

Elle peut se manifester à la suite d'hématorachis, comme complication du traumatisme, ou plus rarement au cours de certaines maladies infectieuses hémorragiques. Elle peut être consécutive enfin à la rupture d'un abcès dans le canal rachidien.

La compression lente peut être causée par une tumeur de la moelle ou des méninges et le plus souvent ces dernières sont du type sarcomateux, plus rarement on trouve des fibromes ou des lipomes. Les carcinomes et les épithéliomas que l'on y rencontre sont le plus souvent secondaires à un cancer des vertèbres.

Du côté des méninges, il faut signaler encore la pachyméningite et en particulier la pachyméningite tuberculeuse qui accompagne souvent le mal de Pott et qui dans cette affection est la cause la plus fréquente de compression.

A côté des tumeurs siégeant au niveau des méninges il faut signaler les tumeurs extraméningées: les carcinomes, secondaires souvent aux cancers du sein, le sarcome ; le kyste hydatique et principalement les abcès.

La cause la plus habituelle de la compression lente réside dans les lésions vertébrales et particulièrement le mal de Pott. C'est à lui qu'il convient d'abord de penser en face d'un syndrome de compression médullaire, il faut en rechercher les symptômes et compléter son examen par un cliché radiographique du rachis.

Il y a lieu d'insister à ce sujet sur la nécessité de ne pas se contenter d'un simple examen radioscopique car on trouve souvent sur la plaque l'image de lésions non apparentes à l'écran.

Nous signalerons enfin comme causes plus rares de compression le mal de Pott syphilitique de Portal et le cancer vertébral.

CHAPITRE II

OBSERVATION

B., H., 14 ans entre le 26 avril 1920 dans le service de Monsieur le professeur Estor pour paraplégie spasmodique.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de suites de couches - Père en bonne santé - Frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — rien de particulier à signaler.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à février 1920 ; La malade se plaint à ce moment de douleurs, d'ailleurs fugaces, au niveau de la région dorsale. La paralysie des membres inférieurs s'installe avec rapidité au début d'avril, en 8 jours elle devient complète.

A l'examen. — On trouve une malade dont l'état général semble satisfaisant.

Motilité. — La malade ne peut marcher, elle est couchée, les membres inférieurs en extension et en légère adduction. A l'examen des membres inférieurs on cons-

tate que la malade ne peut soulever les pieds au-dessus du plan du lit, ni fléchir les genoux sur les cuisses, les cuisses sur le bassin. Quand on essaie de mobiliser les divers segments du membre inférieur il faut vaincre une contracture considérable. Tous ces phénomènes sont particulièrement accentués du côté droit.

Au niveau des membres supérieurs les mouvements sont normaux, la force musculaire est conservée. Au niveau de la nuque pas de contracture, les mouvements de la tête ne présentent rien d'anormal.

Etat des réflexes. — Au niveau des membres inférieurs et de chaque côté on note une exagération des réflexes rotulien et achilléen ; on note également le clonus du pied et de la rotule, signe Babinski en extension, signe de Mendel - Bechterew positif.

Le signe de Gordon est négatif.

Quand on fléchit fortement les orteils sur le pied on voit la jambe se fléchir elle-même sur la cuisse et celle-ci sur le bassin : le réflexe de défense est donc positif.

Les réflexes abdominaux sont abolis à droite et à gauche.

On essaie sans résultat de provoquer les réflexes de défense au niveau de cette région.

Au niveau des membres supérieurs rien à signaler.

Examen de la sensibilité. — Au point de vue de la sensibilité objective nous avons signalé au début de l'observation les douleurs passagères, légèrement irradiées vers les espaces intercostaux, douleurs qui n'existent plus en ce moment et qu'il est difficile de faire préciser en hauteur.

Actuellement pas de douleur spontanée.

L'examen de la douleur provoquée est négatif.

La pression et la percussion exercées au niveau des des apophyses épineuses ne donnent à ce sujet aucun

résultat. Par contre l'étude de la sensibilité objective montre une anesthésie aux trois modes (tactile, thermique et à la pique) occupant les 2 membres inférieurs et remontant au niveau du 7^{me} espace intercostal. La zone supérieure de cette anesthésie est limitée par une ligne transversale qui passe en arrière au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

Nous constatons en réalité qu'il y a plutôt une hypoesthésie et ce qui présente un intérêt tout particulier, cette hypoesthésie est plus marquée du côté gauche que du côté droit. Il y a donc là une ébauche du syndrome de Brown-Séquard.

Nous recherchons alors au dessus de la zone où l'hypoesthésie est la plus marquée, la zone d'hyperesthésie qu'il est classique d'y rencontrer, de même, du côté le moins touché nous recherchons la zone d'anesthésie située au dessus de la limite supérieure. Ces deux examens demeurent négatifs - La limite entre la zone d'hypoesthésie et la zone de sensibilité normale nous apparaît très nette : c'est celle décrite précédemment.

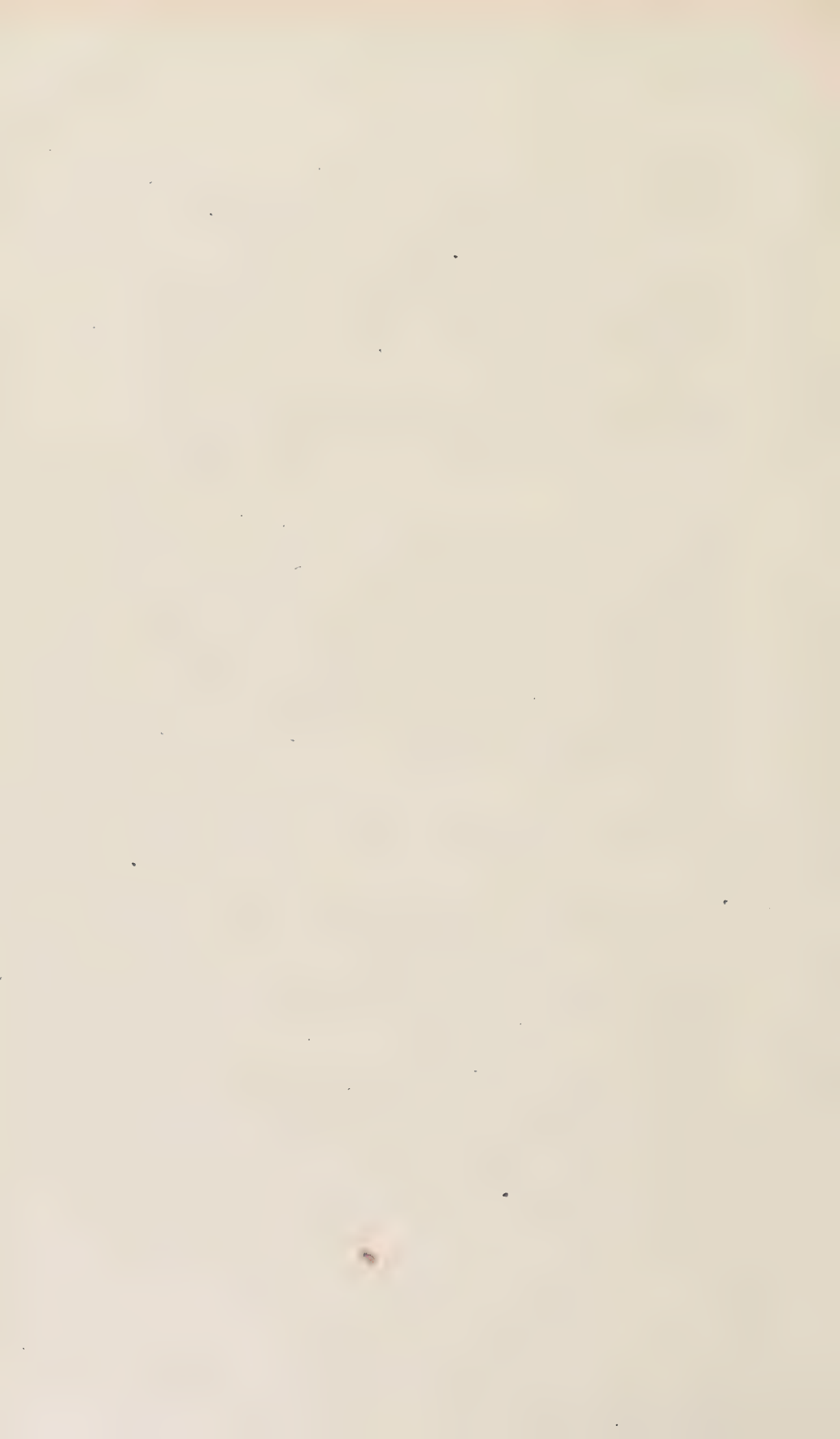
Troubles sphinctériens. — La malade dit avoir uriné une fois sous elle, mais depuis son entrée à l'hôpital, rien d'anormal n'a été remarqué à ce sujet.

Troubles trophiques. — Aux membres inférieurs pas d'atrophie musculaire, pas d'œdème, ni d'eschares au niveau du tronc, pas de zona.

Aucune lésion osseuse vertébrale apparente (cyphose ou lordose).

Etat des pupilles normal. — Aucun trouble de la parole

Intelligence parfaite. — Du côté des autres appareils rien de particulier à signaler.



CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

En face d'une malade présentant des troubles de la motilité au niveau des membres inférieurs il est facile de poser le diagnostic de paraplégie, plus difficile est de l'interpréter. Il ne suffit pas de savoir si la paraplégie existe vraiment, il faut encore en préciser la forme, reconnaître si l'on est en présence d'une paraplégie fonctionnelle ou organique, savoir la cause qui l'a produite, pouvoir enfin préciser le siège de la lésion afin de lui opposer un traitement rationnel.

Nous avons vu au cours de l'étude symptomatologique précédente que la malade était dans l'impossibilité de se servir de ses membres inférieurs, les troubles objectifs de la motilité localisés à ce niveau, nous permettent alors d'affirmer l'existence d'une paraplégie. Cette paraplégie n'a pas un caractère douloureux, elle s'accompagne, comme nous l'avons vu, de contracture : elle est donc à forme spasmodique. Si l'on s'interroge maintenant sur sa nature il ne saurait être question d'un trouble purement fonctionnel, d'une paraplégie hystérique. Sans doute l'hystérie peut simuler cette forme paraplégique, la présence de contracture serait d'ailleurs un élément en faveur de cette hypothèse, cependant l'examen des reflexes nous fait écar-

ter ce diagnostic car l'hystérie ne s'accompagne pas de leur exagération manifeste. On ne rencontre pas non plus, comme chez cette malade, la trépidation épileptoïde et quant aux troubles de la sensibilité objective l'anesthésie qu'elle peut présenter au niveau des membres inférieurs se limite nettement à leur racine, elle y simule même quelquefois la dissociation syringomyélique. La malade de cette observation n'a rien enfin dans ses antécédents qui traduise l'existence de l'hystérie, dont elle ne présente pas d'ailleurs les sigmates habituels (rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie etc.).

Quelle est maintenant la cause de cette paraplégie organique ? Est-elle consécutive à une destruction médullaire ou à une compression de la moelle et dans ce cas quel est l'agent probable de la compression ?

Parmi les affections à lésions dégénératives de la moelle susceptibles de causer une paraplégie nous pensons, d'ailleurs pour l'éliminer, à la maladie de Little qui en raison de son caractère congénital ne saurait ici nous retenir.

Il en est de même de la paralysie infantile, maladie de la première enfance dont le début fébrile, la forme flasque de sa paraplégie et son absence de troubles de sensibilité diffère du cas que nous avons observé.

L'absence d'atrophie musculaire nous éloigne de la sclérose latérale amyotrophique dont le début porte plutôt au niveau des membres supérieurs.

Laissant de côté les affections de la moelle par lésions systématisées nous recherchons si les myélites aiguës diffuses, à localisation dorso-lombaire ne pourraient pas expliquer cette paraplégie. Cette affection s'accompagne de phénomènes généraux que nous n'avons pas ici, (malaise, élévation thermique) de plus les troubles objectifs de la sensibilité sont moins marqués que les troubles subjectifs; ce qui est le contraire dans notre cas. La maladie

est également trop récente pour que nous puissions penser à un myélite chronique.

La contracture des membres inférieurs avec l'exagération des reflexes et la trépidation épileptoïde qui l'accompagne pourraient attirer l'attention du côté d'une sclérose en plaque mais cette affection est exceptionnelle dans l'enfance et elle s'accompagne de troubles de la parole, troubles oculaires, tremblement intentionnel que nous ne rencontrons pas ici.

Une dernière affection que nous éliminons est la syphilis médullaire en raison de l'absence d'antécédents spécifiques chez la malade et en raison de son âge, les accidents nerveux de la syphilis apparaissant d'ordinaire d'une façon tardive.

Nous sommes amenés ainsi au diagnostic de paraplégie par compression médullaire. On fait alors une ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien confirme le diagnostic.

Liquide xanthochromique

Albumine : 7,05

Chlorures : 7,02

Lymphocytes à la cellule de Nageotte : 6,4

Réaction de Bordet-Wasserman : négative

Dans le résultat de cette analyse on constate la xanthochromie et surtout l'hypéralbulminose considérable coïncidant avec une très légère lymphocytose. Il s'agit très nettement du syndrome de dissociation albumino-cytologique de Sicard.

La réaction de Wasserman négative nous fait éliminer toute cause d'origine spécifique. Le fait de ne pas constater d'éléments cytologiques dans le liquide céphalo-rachidien démontre l'absence de réaction inflammatoire intradurémérienne on peut donc penser déjà à un siège extradurémérien de la compression.

Il nous reste à connaître maintenant la cause de cette compression. L'absence de traumatisme, l'état normal apparent du rachis nous font éliminer les causes de cette nature. S'agit-il d'une tumeur ? on ne saurait penser en raison de l'âge de la malade à une origine cancéreuse on pensera plutôt à une tumeur bénigne à évolution rapide, le syndrome de compression s'étant installé en 8 jours. Le diagnostic de compression par abcès ne s'impose pas en raison de l'absence des autres symptômes de mal de Pottou de mal vertébral postérieur qui l'accompagne d'ordinaire. L'examen radiographique de la malade est décidé, le résultat en est négatif aucune lésion osseuse apparente n'ayant été constatée au niveau du rachis.

Ce qui intéresse dans ce cas, plus encore que la nature de la tumeur, c'est sa localisation au niveau du rachis, son siège en hauteur, sa « topographie » selon le mot de Dieulafoy. La pensée d'une intervention rend d'ailleurs cet élément absolument indispensable.

Pour fixer le siège en hauteur de la lésion nous allons nous baser sur l'étude de la motilité, des réflexes, de la sensibilité dans les divers territoires innervés par les principaux segments de la moelle. L'absence de ces troubles au niveau des membres supérieurs nous fait éliminer une lésion siégeant au niveau de la moelle cervicale. En raison de la participation de la première paire dorsale avec la dernière paire du plexus cervical nous ne pouvons avoir de lésion qu'à partir de la 2^e racine dorsale. En considérant maintenant la portion inférieure de la moelle nous dirons que la lésion doit siéger au dessus de la 9^e paire dorsale puisque le reflexe abdominal dont elle constitue avec les 3 paires sous-jacentes le siège, a été trouvé aboli chez la malade de notre observation. Entre ces deux extrêmes 2^e et 9^e paire dorsale nous allons essayer de fixer la limite supérieure et inférieure de la lésion en se guidant d'après les conseils don-

nés dans le *Bulletin Médical* du 17 janvier 1912 par Babinski et Jackowski.

Ces auteurs concluent « La topographie de l'anesthésie donne le moyen de reconnaître la limite supérieure d'une compression spinale, la limite inférieure de cette compression peut être généralement fixée par la hauteur à laquelle s'élève le territoire des réflexes de défense. » Dans notre cas nous avons trouvé une hypoesthésie segmentaire à limite supérieure située au niveau du 7^e espace intercostal passant en arrière au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

Nous savons que la limite supérieure de l'hypoesthésie correspond à la limite supérieure de la lésion, or nous savons que c'est la septième racine qui donne la sensibilité au septième espace intercostal et comme cette racine a son trou de conjugaison au niveau de la 5^e vertèbre dorsale, nous pouvons affirmer que la limite supérieure de la lésion se trouve à ce niveau.

Les réflexes de défense ont été recherchés pour localiser la limite inférieure de la lésion : trouvés au niveau des membres inférieurs ils n'ont pu être constatés au niveau de l'abdomen où le pincement de la paroi abdominale est resté sans résultat.

Par ce motif on ne peut conclure également à la présence intra ou extraduremérienne de la lésion, la connaissance exacte de la limite supérieure du territoire des réflexes de défense étant nécessaire pour établir ses rapports avec la limite supérieure de l'anesthésie, comme l'ont également signalé Babinski et Jackowski. L'écart considérable entre ces deux « frontières » indiquerait une compression par tumeur extraduremérienne et leur rapprochement, voire même leur confusion ferait penser à une tumeur intraduremérienne.

Il nous reste maintenant à interpréter l'ébauche de syndrome de Brown-Séquard constaté à l'examen de la

malade. Nous savons qu'il se produit quand la lésion intéresse seulement une moitié latérale de la moelle, or dans le cas observé, la paralysie motrice plus marquée à droite, les troubles de la sensibilité plus accentués à gauche, nous indique que la lésion doit siéger principalement au niveau de moitié latérale droite de la moelle.

Nous concluerons donc notre diagnostic de la façon suivante : paraplégie spasmodique par compression médullaire, consécutive à une tumeur à marche rapide, la limite supérieure de la lésion siégeant au niveau de la 5^e vertèbre dorsale et comprimant plus particulièrement la portion droite de la moelle.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Nous reproduisons au début de ce chapitre l'exposé de l'intervention qui fut pratiquée sur la malade dont nous avons relaté l'observation.

Anesthésie à l'éther dans le décubitus ventral. On taille au niveau de la région dorsale supérieure un petit lambeau à convexité gauche constitué par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. La base du lambeau s'arrête un peu à droite de la ligne des apophyses épineuses. On dénude alors les faces latérales de ces apophyses et les faces postérieures des lames.

Hémorragie assez abondante, s'arrêtant par tamponnement, section des lames à la pince coupante à droite et à gauche. On sépare ensuite l'apophyse épineuse de la 6^{me} vertèbre dorsale, de l'apophyse épineuse de la 7^{me} et on soulève en haut et en arrière les apophyses épineuses des 4 vertèbres sous jacentes. On aperçoit alors la moëlle recouverte de ses enveloppes et qui ne présente aucune trace d'altération dans les trois quarts de sa partie visible. A la partie supérieure de la brèche rachidienne on aperçoit une petite masse de tissu jaunâtre rappelant la couleur du lipome. On resèque alors complètement l'arc postérieur de la 6^{me} et de la 5^{me} vertèbre dorsale et l'on

met à nu une tumeur adhérent faiblement à la dure mère et très intimement à la face profonde de la lame droite de la 5^{me} dorsale. Cette tumeur est facilement séparée à la sonde cannelée grâce à la rupture de faibles adhérences des méninges. Au cours de cette dissection elle se rompt et il s'écoule à deux reprises du pus dans la proportion d'une cuillerée à café. On arrive facilement à enlever en totalité cette tumeur qui est cliniquement diagnostiquée, *abcès froid* développé par carie de la lame droite de la 5^{me} vertèbre dorsale. On enlève à la curette la partie cariée de cette lame. Drainage suture partielle. L'opérée est reportée dans son lit très schockée - Pouls à peine perceptible - Paleur de la face - Lèvres décolorées Mort quatre heures après malgré les moyens employés (*sérum, injections d'huile éthéro-camphrée*)

Quittant le point de vue particulier du cas que nous avons observé, si nous considérons d'une façon générale ces paraplégies par compression médullaire à point de départ osseux quelle doit-être pour le praticien la conduite à tenir. Plusieurs questions se posent : quelle sont les indications opératoires, quelle est la nature de cette intervention, quel est enfin le pronostic ?

Si l'on consulte les auteurs à ce sujet, on trouve chez eux une grande variété d'opinions. C'est qu'en effet le diagnostic de nature de la compression est comme nous l'avons vu souvent, délicat à établir, les symptômes ordinaires de la tuberculose vertébrale-faisant défaut.

Se trouve-t-on alors en présence d'une paraplégie ayant évolué rapidement ; on sera comme dans le cas que nous avons vu, portés à penser à une tumeur à marche rapide ou a la possibilité d'un abcès intra-rachidien. Si au lieu de ces formes frustes de mal de Pott, formes signalées autrefois par Olivier d'Angers, nous sommes en présence d'un syndrome de compression accompagné de signes apparents (gibbosités ou déformations angulaires du rachis) si enfin

la radiographie nous montre les lésions vertébrales notre diagnostic d'abcès pourra nettement être posé. Nos indications opératoires vont ensuite se trouver facilitées.

Quelles sont dans ces différents cas les indications à intervenir? Certains les ont cherchées dans l'intensité de la paralysie « je n'opère, dit Kraske, que s'il y a paralysie vésicale, c'est un symptôme tellement sévère qu'il justifie tout. » On se basera plutôt, dit Touchot, sur l'apparition brusque de la paraplégie qui peut faire penser à un abcès qui vient de s'ouvrir dans le canal rachidien.

Si nous supposons maintenant la présence d'une tumeur bénigne développée au voisinage de la moëlle, tumeur qui semble petite, localisée, si on en juge par les troubles moteurs et sensitifs qu'elle détermine : par exemple un syndrome de Brown-Séquard montrant l'unilatéralité de la compression, l'intervention semble alors justifiée. Il est prudent cependant de commencer par un traitement d'épreuve anti-syphilitique, dans le cas où les symptômes auraient pour cause une gomme. Si le traitement échoue on intervient pour pratiquer l'énucléation de la tumeur. Le pronostic dans ce cas semble favorable. Nous n'irons pas jusqu'à dire avec Touchot que lorsque le diagnostic reste obscur, que les autres traitements ont échoué on est autorisé à pratiquer la laminectomie à titre de moyen d'exploration. Cette opération comporte, en effet, un pronostic sérieux en raison du choc opératoire que cause toute intervention portant sur le rachis. Si l'on soupçonne la présence d'une tumeur néoplasique, diagnostic facilité dans le cas de cancer du sein préexistant, nous rejetterons l'intervention pour borner notre thérapeutique à un traitement purement palliatif.

Si nous nous trouvons enfin en face de manifestations évidentes de mal vertébral postérieur ou de mal de Pott expliquant la présence d'un abcès par congestion quelles sont les conditions opératoires ? Il faut d'abord un état

général assez satisfaisant, une absence d'autres foyers de tuberculose, quant aux indications, la perte plus ou moins complète de la sensibilité et de la motilité des parties situées au-dessus de la lésion, semblent commander d'intervenir. Comme indication il faut signaler surtout la compression à marche aiguë, lorsque les symptômes respiratoires viennent s'associer à la paraplégie (Forgue) ou quand l'examen clinique du malade, permet de croire à des conditions anatomopathologiques favorables telles que reliquat de pachyméningite, compression par séquestre, compression uniquement retro-méningée (*Chipault*). En dehors de ces cas, il vaut mieux s'en tenir au traitement médical : repos absolu, extension continue, corset plâtré. Quelquefois l'ignipuncture au niveau du rachis peut être utile. Il faut associer également le traitement médicamenteux : huile de foie de morue, phosphates, mettre le malade en état de lutter contre l'affection locale et la possibilité de sa généralisation à l'appareil pulmonaire. Le séjour au bord de la mer est à ce point de vue particulièrement indiqué.

Calot actuellement déconseille les interventions sanglantes au profit du traitement orthopédique. La guérison s'obtiendrait 19 fois sur 20 tandis que si l'on opère, la proportion est renversée, le malade a 19 chances sur 20 de succomber soit du fait de l'opération réellement grave soit le plus souvent du fait de la fistulisation consécutive. Oppenheim dans une statistique sur 46 cas ne compte que 17 dans lesquels il y a eu après intervention ou guérison ou amélioration notable. Soignées médicalement les paraplégies sont susceptibles de guérison. Touchot dans sa thèse inaugurale cite une statistique de *Chipault* où sur 430 cas non traités chirurgicalement (cas de paraplégies pottiques) il a noté 200 morts 89 résultats nuls et 141 guérisons.

L'opération pratiquée dans ces cas de compression est

la laminectomie dont nous avons décrit la technique au début de ce chapitre.

Nous dirons un mot en terminant de la radicotomie, opération qui consiste dans la résections des racines postérieures de la moelle et qui fut préconisée en 1909 par Forster de Breslau dans les cas de paraplégie spasmodique rebelle. L'opération semblerait indiquée surtout dans les cas de paraplégie douloureuse. Tietze sur 8 opérés ne signale que 3 morts. Van Gehuchten pense que cette opération peut être utile dans la paraplégie spastique du mal de Pott.

CONCLUSIONS

I. — La compression de la moelle par abcès intra-rachidien est susceptible de présenter une forme clinique donnant, comme dans notre observation, un syndrome de Brown-Séquard.

II. — L'évolution rapide d'une paraplégie spasmodique doit attirer l'attention sur la possibilité d'un abcès ossifluent intrarachidien.

III. — L'absence des manifestations habituelles de la douleur localisée et de raideur siégeant au niveau du rachis, ne devra pas faire éliminer la tuberculose vertébrale, quand on se trouve en présence d'un syndrome de compression.

IV. — Après échec du traitement médical, il est indiqué de recourir à la laminectomie qui, malgré le pronostic très sombre qu'elle comporte, comme en témoignent les statistiques que nous avons données, peut apporter au malade une chance de guérison.

OUVRAGES CONSULTÉS

- DÉJÉRINE et André THOMAS. — Maladies de la moelle épinière.
- BAËNSKI et JACKONSKI. — Localisation des compressions médullaires (*Bulletin médical* du 17 janvier 1912).
- LE DENTU et P. DELBET. — Maladies du rachis et de la moelle.
- IMBERT. — Les paraplégies par compression, historique symptomatologie (thèse de Bordeaux, 1900-47).
- BRISSAUD, PINARD, RECLUS. — Nouvelle pratique médico-chirurgicale.
- PHOCAS. — Le traitement de la paraplégie pottique (*Revue d'orthopédie*, 1902-3, page 433).
- HUSNY. — Compressions de la moelle par les néoplasmes vétébraux (*Revue neurologique* 1913, 15 fév. n° 3).
- TOUCHOT. — Contribution à l'étude de la laminectomie dans le traitement des paralysies pottiques rebelles.
- POTEL et VEAUDEAU. — La chirurgie des tumeurs du rachis et de la moelle (*Revue de chirurgie*, mai 1913).
- COQUELIN. — La tuberculose dans le diagnostic des tumeurs tuberculeuses et non tuberculeuses de l'arc cérébrospinal (Thèse de Bordeaux, 1903-35).
- MATHIEU. — Les tuberculomes médullaires (thèse de Nancy, 07-2).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 5 juin 1920
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 5 juin 1920.
Pour le Recteur,
FORGUE.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taiera les secrets qui lui seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
